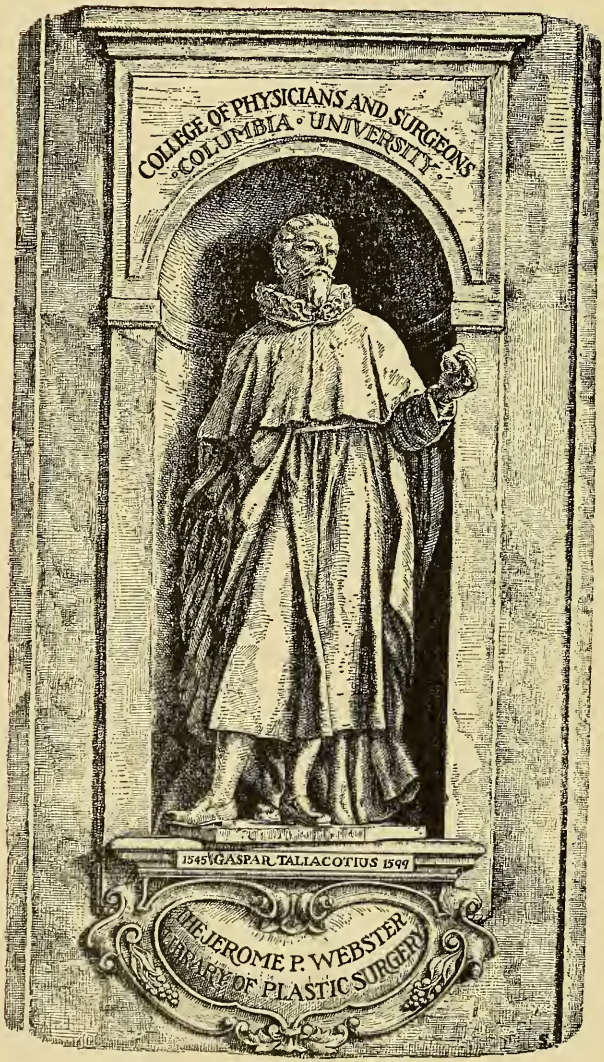
COLUMBIA LIBRARIES OFFSITE
HEALTH SCIENCES STANDARD
HX64054837
RD621 W63 1891 Ueber hernien mit be

RECAP

Wigger
Ueber hernien mit besonderem inhalt



COLUMBIA UNIVERSITY
THE
LIBRARIES
THE CITY OF NEW YORK

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons

http://www.archive.org/details/ueberhernienmitb00wigg

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Ueber Hernien
mit besonderem Inhalt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in Kiel

vorgelegt von

Bernhard Wigger,

approb. Arzt aus Telgte (Westfalen).

Opponenten:

Herr E. Schmitz, cand. med.

Herr J. Kaup, approb. Arzt.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1891.

Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel.

Ueber Hernien mit besonderem Inhalt.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät in Kiel

vorgelegt von

Bernhard Wigger,

approb. Arzt aus Telgte (Westfalen).

Opponenten:

Herr E. Schmitz, cand. med.

Herr J. Kaup, approb. Arzt.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1891.

Webster Library
RD621
W63

No. 62.
Referent: Dr. von Esmarch.
Druck genehmigt:
Hensen, Dekan.

Meiner lieben Mutter

und dem

Andenken meines theuren Vaters

in dankbarer Liebe

gewidmet.

Obwohl die Kenntniss der Hernien im allgemeinen schon sehr alt ist, so dass schon Celsus (von 30 vor bis 50 nach Christus) ihrer Erwähnung thut, so brachte doch erst unser Jahrhundert allmählig Klarheit in dies in Bezug auf Aetiologie, Bruchwege, Inhalt und Therapie bisher ganz dunkle Gebiet.

Es ist klar, dass zu einer Zeit, wo die Chirurgie von der inneren Medicin ganz getrennt war, wo die gesammte Medicin mehr auf philosophischen, als auf pathologisch-anotomischen und physiologischen Grundlagen sich aufbaute, wo die Chirurgie zu einem Handwerk herabgesunken war, welches von fahrenden Leuten ohne Kritik und Vernunft ausgeübt wurde, sich die Aetiologie, Diagnostik und Therapie auf diesem ohnehin nicht leichten Gebiet nicht klären konnten.

Diese Verhältnisse bestanden aber das ganze Mittelalter hindurch bis in die neueste Zeit.

Man kann behaupten, dass erst mit dem bedeutenden Aufschwung der pathologischen Anatomie und Physiologie in unserem Jahrhundert die praktische Medicin den festen anatomisch-physiologischen Boden gewonnen hat, auf dem sie jetzt dem hohen Ziele der Erkenntniss zusteuert und nicht mehr System auf System, Theorie auf Theorie ohne feste Grundlage baut.

Aber auch so konnten die aus anatomischen und physiologischen Forschungen entsprungenen Errungenschaften nicht Allgemeingut der ärztlichen Welt werden. Es war und blieb auf den einzelnen oder auf kleine Kreise von Aerzten beschränkt. Es bedurfte noch des Austausches der gegenseitigen Erfahrungen und Errungenschaften.

Erst als gegen die Mitte unseres Jahrhunderts die schroffen Grenzen der Nationalitäten auf dem Gebiete der gesammten Medicin, besonders der Chirurgie schwanden, als mit Zunahme der Communikationsmittel auch alle Fortschritte der Wissenschaft in ungeahnter Schnelligkeit sich über die ganze civilisirte Welt verbreitete, als

durch zahllose ärztliche Zeitschriften, nationale und internationale ärztliche Congresse ein regerer Verkehr unter den Chirurgen entstand, konnten und mussten die Errungenschaften einzelner bedeutender Männer oder kleinerer Zirkel stets umfangreichere Kreise ziehen und so das Gemeingut der ganzen ärztlichen Welt werden.

Und als nun vollends in Folge der Einführung der Narkose durch Morton und der Antiseptik durch Lister in die chirurgische Praxis, die Chirurgen es wagen konnten, häufiger und ohne so grosse Gefahren zu operiren, so musste es bei den zahlreichen Herniotomien auffallen, dass in einer Anzahl von Fällen in den Bruchsäcken nicht allein Darm und Netz, wie man vermuthet hatte, sich vorfanden, sondern noch andere Organe, besonders die Adnera weiblicher Genitalien. Zuweilen fand man neben Darm und Netz noch Ovarium und Tube, ja manchmal nur diese Organe statt des erwarteten Darmes oder Netzes. Man fand, dass auch diese Organe die heftigsten Incarcerationserscheinungen machen konnten. In Folge dessen unterschied man dem Inhalte nach jetzt neben Darm- und Netzhernien auch noch Ovarial- und Tubenhernien.

Jedoch waren die Beobachtungen derartiger Fälle anfangs noch sehr selten, so dass Loumaigne*) im Jahre 1869 erst 4 Ovarialhernien, die vor der Operation richtig diagnosticirt waren, 6 solche, die während derselben erkannt wurden, und 5 andere, die bei Sectionen zufällig gefunden wurden, aus der gesammten Litteratur zusammenstellen konnte.

In Folgendem will ich versuchen, zwei in der chirurgischen Klinik zu Kiel beobachtete Fälle von Ovarial- resp. Tubenhernien, die mir durch die Güte des Herrn Geheimrath von Esmarch überwiesen wurden, genauer zu beschreiben und im Anschluss daran alle mir aus der Litteratur zugänglichen Beobachtungen dieser Art Hernien kurz zusammen zu stellen.

I. Fall.

Hernia inguinalis externa dextra mit Ovarium als Inhalt.

Anamnese: Dora H. aus Eckernförde, 32 Jahre alt, war früher stets gesund. Sie hat nie geboren. Vor 6 und 3 Jahren litt sie je ein Jahr an Magengeschwür mit Blutbrechen. Vor 3 Jahren fiel sie und erlitt dabei einen Stoss gegen die Symphyse. Sie bemerkte bald darauf eine kleine Geschwulst in der rechten Inguinalgegend,

*) De la hernie de l' ovaire Thése de Paris No. 50.

die bei den sonst wie früher verlaufenden Menses jedesmal anschwoll und dann sehr schmerzhaft wurde. Die Schmerzen verstärkten sich beim Gehen, Husten und Niessen. Nach dem Aufhören der Menses bestand noch einige Tage lang ein Brennen in der Geschwulst. Während dieser Zeit bestand auch etwas Fluor albus. Dann war 14 Tage das Befinden gut bis zur nächsten Menstruation. Behandelt wurde Patientin wegen dieses Leidens mit Soolbäder, Salben, Tinctura jodi und kalten Umschlägen. Am 20. II. 90 wurde Patientin in die hiesige gynaicologische Klinik aufgenommen und dort die Richtigkeit ihrer Angabe konstatirt. Behandelt wurde sie daselbst mit Eisblase, Bettruhe und Narkoticis.

Am 3. III. 90. wurde Patientin mit der Diagnose »Ovarialhernie« in die chirurgische Klinik verlegt.

Status: In der rechten Inguinalgegend in die grosse Schamlippe hineingehend eine fast taubeneigrosse Geschwulst, die sehr derb und nur wenig verschieblich ist. Dieselbe liegt dem horizontalen Schambeinast an und scheint mit demselben verwachsen zu sein. Sie ist auf Druck sehr empfindlich. Eine Bruchpforte ist nicht zu fühlen. Patientin ist mittelkräftig, etwas anämisch, im übrigen gesund.

Operation am 4. III. 90. in Narkose.

Hautschnitt über die Höhe der Geschwulst mittels Erheben einer Hautfalte. Praeparation zwischen 2 Pincetten. Man kommt auf einen im grossen Labium liegenden, gut begrenzten, glatten und runden Tumor, der nach hinten mit der Symphyse durch derbe Adhäsionen unbeweglich verbunden ist. Der Tumor wird überall lospraeparirt. Von dem äusseren Pol des etwas eiförmigen Tumor geht ein Strang ab in den Leistenkanal hinein. Der Strang wird abgebunden und vor der Ligatur durchtrennt. Hautnath; Jodoformgaze; Moorpolsterverband.

Der Tumor bestand makroskopisch aus Bindegewebe mit kleinen Cysten, welche eine bräunliche, dünne Flüssigkeit enthielten. Blutgefässe waren reichlich sichtbar. Mikroskopisch fand sich ein theils derbfaseriges, zellarmes, theils dicht zellig infiltrirtes (entzündetes) Bindegewebe, welches von rundlichen, buchtigen, und schlauchförmigen Hohlräumen durchsetzt war. Diese waren mit einem niedrigen kubischen oder cylindrischen, stellenweise hochcylindrischen Epithel ausgekleidet. Im Innern enthielten sie theils ab-

gestossenes Epithel, theils rundliche aufgeblähte Zellen. Ovula konnten nicht mit Sicherheit konstatirt werden.

Nachbehandlung: 6. III. 90. In den beiden ersten Tagen steigt die Temperatur abends auf 38,2° C. Geringe Schmerzen in der Wunde.

11. III. Vom 6. III. an ist die Temperatur normal; die Wunde schmerzt nicht mehr. Erster Verbandwechsel. Wunde ist per primam geheilt. Leichter Schutzverband.

16. III. Patientin bekommt leichte Schmerzen in der Narbe.

17. III. Narbe ist etwas geschwollen und geröthet, auch schmerzhaft. Temperatur abends auf 38,0°.

18. III. Die Schmerzen nehmen zu. Abendtemperatur 38,2° C. In der Tiefe der Narbe zeigt sich deutliche Fluctuation.

19. III. Incision. Entleerung von reichlich einem Theelöffel Eiter aus grosser Tiefe. Tamponade der Wunde mit Jodoformgaze. Der Abscess hatte am Leistenkanal gesessen. Bald darauf traten die Menses ein.

22. III. Nach der Spaltung des Abscesses ist die Temperatur wieder normal. Während der Menses leichte Schmerzen in der Wunde.

24. III. Menses sind vorüber. Keine Schmerzen mehr.

2. IV. Wunde bis auf einen schmalen, hypertrophischen Granulationsstreifen geschlossen. Aetzung mit dem Lapisstift. Keine Spur von Beschwerden mehr. Patientin kann daher aufstehen.

12. IV. 90. Patientin verlässt geheilt die Klinik.

Bei einer späteren Exploration werden noch beide Ovarien deutlich gefühlt. Es müsste dann das extirpirte ein Ovarium aberrans gewesen sein.

Was die anatomischen Verhältnisse dieses Falles betrifft, so ist zu bemerken, dass das Ovarium nicht frei im Bruchsack lag, sondern ganz und gar in Folge der voraufgegangenen entzündlichen Erscheinungen mit demselben verwachsen war, so dass Bruchsack und Bruchinhalt als ein zusammengehöriger, solider Tumor erschien. Durch Uebergreifen der Entzündung auf die Nachbarschaft kam dann die derbe Verwachsung mit der Umgebung, besonders mit dem horizontalen Schambeinast zu stande.

II. Fall.

Hernia cruralis dextra mit Tube als Inhalt, verbunden mit einer Cyste.

Anamnese: Caroline A., Arbeiterfrau aus Gaarden, 53 Jahre alt, hat mehrfach geboren. Sie leidet seit 9 Jahren an einer rechtsseitigen Schenkelhernie, die durch ein Bruchband nur mangelhaft zurückgehalten wurde. Des Nachts ging der Bruch zurück; er war bisher stets reponibel. Patientin hatte bald nach Entstehung des Bruches schon einmal Einklemmungserscheinungen: Erbrechen, Stuhl- und Flatusverhaltungen gehabt. Ebenso war 2 Monate nach dem Auftreten des Bruches mehrstündiges Erbrechen, das nachliess, sobald ein Arzt den ausgetretenen Bruch reponirte. Sonstige Beschwerden während der ganzen Zeit bestanden in trägem Stuhlgang, Appetitlosigkeit und vorübergehenden Schmerzen im Bruch, die jedoch mit der Menstruation nicht im Zusammenhang standen. Seit 3 Tagen ist nun der Bruch nicht mehr reponibel. Stuhlgang fehlt seit dieser Zeit. Flatus gehen in reichlicher Menge ungehindert ab. Es besteht kein Erbrechen, aber häufiges Aufstossen. Mit diesen Erscheinungen wurde Patientin am 29. Mai 90 zu einem Arzt gebracht, der in Narkose vergeblich die Reposition versuchte. Patientin liess sich dann in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen.

Status: Reichlich taubeneigrosse, sehr pralle und empfindliche Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge. Sie liegt dem Schenkelkanal entsprechend unterhalb des Ligamentum Pupartii. Der Tumor ist nicht reponibel; der Percussionsschall absolut leer.

Operation am 30. VI. 90 in Narkose.

Vor der Operation werden nochmals in Narkose Repositionsversuche gemacht, die aber nochmals misslangen.

Daher Herniotomie in üblicher Weise. Erheben einer Hautfalte; Praeparation zwischen 2 Pincetten. Man kommt bei der Praeparation auf einen derben, runden anscheinend soliden Körper. Bei dem Versuch, diesen weiter frei zu legen, platzt die Geschwulst und unter kollossalem Druck spritzt daraus eine klare, seröse Flüssigkeit. An diese Geschwulst, von der nach der Eröffnung nur ein ziemlich dünnwandiger, an einzelnen Stellen mit derberer Wand versehener Balg bestehen bleibt, schliesst sich ein bleistiftdicker, rundlicher Strang an, der einen eigenen Bruchsack hat. Nach der Eröffnung desselben erweist sich dieser bei genauerer Besichtigung als Tube mit Ampulle, Fimbrien etc. Bei der Untersuchung per Vaginam theilen sich die am Uterus vorgenommenen Bewegungen der vorliegenden Tube deutlich mit. Es wurde angenommen, dass

die erwähnte, cystische Geschwulst das cystische degenerirte Ovarium sei. Die genaue, später vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab jedoch nirgends etwas, was auf Ovarialgewebe hätte schliessen lassen.

Die Bruchpforte, in der die Tube hineinzieht, ist sehr eng. Die Tube wird nahe unter der Bruchpforte abgebunden und vor der Ligatur durchtrennt. Der Stumpf schlüpft in den Bruchkanal hinein. Der Bruchkanal ist so eng, dass eine Verschliessung desselben unnöthig erscheint. Alsdann wird der Cystensack exstirpirt. Hautnath; Jodoformgaze; Moorpolsterverband.

Nachbehandlung: 1. VI. 90. Starke Auftreibung des Leibes, Tympanites: Patientin nimmt dagegen von: Ol. Chamomillac aether. 0,25 Tinctr. Valerian. aether. 10,0, alle 2 Stunden 10 Tropfen.

2. VI. Abgang zahlreicher Flatus. Tympanites ist vollständig verschwunden.

5. VI. In den letzten Tagen Schmerzen in der Wunde. Temperatur zwischen 38° und 39° C. Erster Verbandwechsel. Im untern Wundwinkel zeigt sich etwas Verhaltung. Daher Lösung zweier Näthe. Es entleert sich wenig guter Eiter.

6. VI. Temperatur ist zur Norm gefallen.

23. VI. Seit den 6. kein Fieber, Wundverlauf normal. Heute ist die Wunde bis auf eine ganz oberflächliche Granulationsfläche geschlossen. Patientin wird mit Boorsalbe zur Selbstbehandlung entlassen.

Die anatomischen Verhältnisse dieses Falles sind nicht so klar, wie die des ersten Falles und bedürfen daher einer eingehenden Erörterung. Es fand sich hier also im Schenkelkanal eine Cyste, mit der die Tube, die einen eigenen Bruchsack hatte, verbunden war. Es fragt sich nun, welche Bedeutung dieser Cyste zukommt. Die Lage der Cyste neben der herniösen Tube liess in erster Linie an ein Ovarium denken, das durch Hydrops folicularis cystös entartet war. Der Bruchsack desselben müsste dann durch voraufgegangene Entzündungen mit der Oberfläche des Ovarium fest verwachsen gewesen sein. Die einzelnen dickeren Stellen der Cystenwand wurden als Reste des Ovarium angesehen.

Allein die mikroskopische Untersuchung liess nirgends eine Spur von Ovarialgewebe erkennen. Dieser Umstand lässt es bei der Kleinheit der Cyste als unwahrscheinlich erscheinen, dass es sich hier um ein Ovarium gehandelt habe. Bei grösseren und

älteren Ovarialcysten findet man ja allerdings oft kein dem ovariellen ähnliches Gewebe mehr. Ausserdem spricht dagegen, das der Tumor zur Zeit der Menstruation keine auffälligen Beschwerden verursacht hatte.

Viel wahrscheinlicher scheint deshalb die Annahme, dass die Cyste eine einfache Ausstülpung des Peritoneums gewesen sei, also ein früherer Bruchsack, der nachträglich am inneren Schenkelring verwachsen wäre. Für diese Auffassung sprechen auch alle Daten aus der Krankengeschichte. Patientin giebt nämlich in der Anamnese ausdrücklich an, dass sie seit 9 Jahren den Schenkelbruch besitze und dass derselbe früher reponirbar gewesen sei. Also muss früher ein wirklicher Bruch bestanden haben, am wahrscheinlichsten ein Darmbruch wegen der Einklemmungserscheinungen. Die letzte unvollkommene Incarcerationserscheinung, weswegen sie in die Klinik kam, scheint lediglich eine entzündliche, locale Peritonitis des Bruchsackes gewesen zu sein, ohne dass daran der frühere Bruchinhalt betheiligt war. Diese Entzündung führte dann zum Abschluss des Bruchhalses und so zur Cystenbildung. Auffällig bleibt jedoch der Umstand, dass durch eine Bruchpforte zwei Bruchsäcke sich gebildet hatten. Dies kann nur in so fern erklärt werden, dass der Bruchsack, in dem die Tube lag, sich erst gebildet hat, nachdem der andere Bruchsack sich bereits geschlossen hatte. Eine Cyste des Ligamentum rotundum anzunehmen ist in diesem Falle ausgeschlossen. Diese kann aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen nur im Inguinalkanal, niemals im Schenkelkanal sich entwickeln.

Im Anschluss hieran gebe ich die ähnlichen Fälle, so weit ich sie in der Litteratur zu finden vermochte.

III. Fall.

Loumaigne theilte in der oben erwähnten Statistik vom Jahre 1869 eine neue Beobachtung von Hernia cruralis dr. Ovarii dr. mit.

Patientin war eine 31jähr. Frau, welche in Folge Hebens einer schweren Last plötzlich Schmerz im Unterleib empfand und in ihrer rechten Schenkelbeuge eine taubeneigrosse, frisch entstandene Geschwulst entdeckte, die empfindlich war. Schon von früher litt sie auch an einem linksseitigen Schenkelbruch. Die Diagnose der Ovarialhernie wurde durch Bewegungen, die der untersuchende Finger von der Scheide aus den Uterus nach links hinüber machen

liess und die sich an der vorgetretenen, gestielten Geschwulst fühlbar machten, sowie durch Huguiers Hysterometer festgestellt. Taxisversuche blieben erfolglos und führten zu einer Art Erectionszustand des Ovarium. Etwas weiteres wurde nicht vorgenommen. Die Schmerzhaftigkeit des Organes verlor sich jedoch allmählich von selbst. Die Menses verursachten in der ersten Zeit Schmerzen, wurden aber in der Folge spärlicher.

IV. Fall.

Von Oettingen*) theilt einen Fall einer eingeklemmten, primären, reinen Ovarialhernie und Tubenhernie des Schenkelringes mit. Seine Patientin war 41 Jahre alt, hatte 13 mal geboren und litt seit 9 Jahren an einer Hernie der linken Leistengegend, die seit 10 Tagen in einen Zustand der Einklemmung gerathen war. Die Bruchgeschwulst war gänseeigross, prall, fluctuirend. Ihre Basis, die sich nicht umgreifen liess, reichte von der medianen Insertion des Poupart'schen Bandes bis zu $1^1/_2$" Entfernung von der Spina ilei. Die Wahrscheinlichkeit einer Cruralhernie mit Ovarium als Inhalt wurde hervorgehoben. Taxisversuche waren erfolglos.

Operation: Der Hautschnitt wurde in der Längsrichtung der Geschwulst von aussen oben nach der Mittellinie zu geführt. Im eröffneten Bruchsack fand sich ein dunkler, rother Körper von Grösse und Form des Eierstockes und daneben eine noch intensiver rothe, faltige Schleimhaut, die Tubenmündung. Erweiterung der Bruchpforte nach aussen und Repotition des Ovarium durch kräftigen Druck. Die Tube folgte spontan.

Hautnath bis zum untern Wundwinkel. Heilung per primam.

Mach 4 Monaten noch kein Recidiv, obwohl Patientin kein Bruchband trug.

Von Oettingen glaubt, dass dies die einzige und erste Beobachtung einer primären reinen Ovarialhernie sei und stellt sie den secundären Ovarialhernien, bei welchem sich neben anderen Baucheingeweiden auch Eierstock im Schenkelbruchsack befindet und den angeborenen Inguinalovarialhernien gegenüber.

V., VI., VII. Fall.

Englisch**) theilt 3 Fälle von Ovarialhernien mit.

---

*) Ovarium und Tube als Inhalt einer incarcerirten Cruralhernie. Petersburg. med. Ztg. XV. No. 11 und 12. Jahrg. 1869.

**) Ueber Ovarialhernien, Oesterr. med. Jahrb. Heft 3 Jahrg. 1871.

1. Beobachtung: Eine 39jähr. Frau litt seit 13 Jahren an einer reponibelen Geschwulst der linken Leistenbeuge. Sie wurde seit 2 Tagen mit Eintritt der Menses irreponibel, verursachte die schlimmsten Incarcerationserscheinungen und gab zur Herniotomie Veranlassung, ohne dass die Diagnose auf Ovarialhernie gestellt wurde. Man glaubte auch noch während der Operation Darm vor sich zu haben. Erst als wegen Repositionshinderniss der ganze Leistenkanal gespalten wurde, erkannte man den Inhalt als cystisch entartetes Ovarium neben dem die Tube lag. Beide wurden unterbunden und abgetragen.

Am 13. Tage starb Patientin.

Abductionsbefund: Seröser Erguss im Gehirn und dessen Häuten; Lungenödem; Peritonitis in der Umgebung der Wunde; Uterus nach links geneigt; Ligamentum lat. dr: verlängert; rechtes Ovarium geschrumpft.

2. Beobachtung. Eine 25 jähr. Frau kam mit einer reponibelen rechtsseitigen Leistenhernie zur Welt, die seit dem 6. oder 7. Jahre durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Im 12. Jahre wurde dies fortgelegt. Die Geschwulst trat vor und wurde öfter schmerzhaft. Menstruation trat ein im 19. Jahr. Schmerzhaftigkeit und Schwellung von da an die 2 Tage dauernde Periode geknüpft. Bei der ersten Schwangerschaft trat die Geschwulst seltener vor, war dann auch kleiner und niemals schmerzhaft. 6 Tage nach ihrer Entbindung verliess Patientin das Bett. Die Geschwulst in der Leistengegend erlangte Eigrösse, wurde irreponibel und verursachte heftige Schmerzen.

Bei der Aufnahme fand man eine birnförmige, von der innern Oeffnung des Leistenkanals bis in die grossen Schamlippen reichende, schmerzhafte Geschwulst, die einen leeren Percussionsschall zeigte, sich mit einem Stiel in die Bauchhöhle fortsetzte, weder reponibel noch zu verkleinern war und scheinbar fluctuirte. Uterus war mit seinem Körper nach rechts, mit seiner Vaginalportion nach links gerichtet. Bewegungen des Uterus pflanzten sich nicht auf den Tumor fort. Rechtes kleines Becken ist empfindlich. Kein Erbrechen; unbehinderte Stuhlentleerung. Zweimalige Punction; erstemal Blutentleerung; zweitemal Eiter mit Blut. Fiber mässig. Geschwulst verkleinert sich nach einigen Tagen um die Hälfte. In der Folge war die Geschwulst nur zur Zeit der Menses schmerzhaft.

3. Beobachtung. Eine 34jährige Hausierersgattin fiel im 8. Monat ihrer 3. Schwangerschaft von einem Wagen und fühlte heftige Schmerzen in der rechten Leistenbeuge, woselbst eine grösser werdende Geschwulst sich zeigte, die anfangs nicht zurückgebracht werden konnte. Vor der Entbindung rückte sie aber spontan in die Bauchhöhle, um nach derselben wieder zu erscheinen. In den folgenden 2 Jahren wurde die Geschwulst während der Menstruation grösser und schmerzhafter. Wenn sich letztere verlor, pflegte der Schmerz gegen den Uterus auszustrahlen und einen wehenartigen Charakter anzunehmen. Die Vorlagerung war nicht zu verkleinern, wohl in toto reponirbar. 4 Tage vor der Aufnahme wurde aber Unterleib und Geschwulst schmerzhaft. Stuhl und Winde blieben angehalten; wiederholtes Erbrechen stellte sich ein. Die Geschwulst selbst erlitt keine sichtbaren Veränderungen. Reposition war nicht möglich.

Bei der Aufnahme fand man in der rechten Seite eine birnförmige auch sonst, wie im vorigen Fall beschriebene Geschwulst. nur fluctuirte ihre vordere Parthie deutlich. Sie war nicht reponirbar. Der nicht schmerzhafte Uterus war ein wenig nach rechts geneigt. Bewegungen des letzteren pflanzten sich, wie im vorigen Fall, nicht auf den Tumur fort.

Es wurden feucht-warme Umschläge angewandt. Fieber war mässig. Am 6. Tage wurde die Explorativpunction ausgeführt. Es entleerte sich eine Unze Bruchwasser; 9 Tage später war die Geschwulst bedeuteutend kleiner und nicht mehr empfindlich.

VIII. IX. Fall.

Rizzoli*) beobachtete zwei Fälle dieser Art.

1. Beobachtung. Es handelt sich um einen eingeklemmten äussern Leistenbruch einer 46jährigen Frau, bei welcher nach Spaltung des Brustsackes ausser einer grossen, schon gangränösen Darmschlinge die Tube und der Eierstock in der Bauchfellfalte sich befanden.

Rizzoli trennte deren Anheftungen am Bruchsack und reponirte beides. Patientin starb an Peritonitis. Bei der Section war das Ovarium wieder vorgefallen.

2. Beobachtung. Rizzoli führte bei einem 4jährigen Kinde mit doppelseitigem, inguninalen, angeborenen Eierstockbruch ohne anderweitigen Bruchinhalt eine unblutige Erweiterung der beiden

*) Virchow-Hirsch Jahresbericht, Jahrgang 1871.

inneren Leistenringe mittels eingezwängten Fingers aus, schob die Eierstöcke in die Bauchhöhle und liess ein doppeltes Bruchband tragen, von dem er radicale Heilung erwartete.

X. Fall.

Owen*) beobachtete eine 36jährige Frau, welche 7 regelmässige Geburten und 2 mal Abortus durchgemacht hatte. Dieselbe hatte 2 Jahre vor ihrer jetzigen Aufnahme infolge von Ueberstreckung plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Schenkelbeuge gefühlt, der sich nach einigen Tagen wieder verlor. 6 Monate später kam an derselben Stelle eine hühnereigrosse, reponibele Geschwulst zum Vorschein, die, wie die Kranke später angab, etwas schmerzte bei jeder Menstruation. Ein Bruchband wurde nie getragen. Der Bruch war nun seit 8 Tagen beständig vorgelegen, äusserst gespannt und schmerzhaft. Verstopfung und Erbrechen war nicht vorhanden. In der Meinung, es mit einer Hernia cruralis epiploica zu thun zu haben, machte er die Herniotomie. Der Tumor liess sich aber auch nach Einkerbung des Schenkelringes nicht reponiren. Bei genauerer Untersuchung fand man 2 Cysten an ihm, eine von Taubenei- die andere von Haselnussgrösse. Von seinem oberen Umfange führte ein kleinfingerdicker Stiel in die Bauchhöhle. Die Cysten wurden entleert und collabirten; der Tumor wurde dann ohne Schwierigkeit repnnirt. Heilung der Wunde per primam. Owen hält einen Bruch des Eierstockes durch die Lücke der Vena saphena interna hindurch für sehr selten. Da die Kranke später noch viele Schmerzen bei der Menstruation hatte, so hält Owen es für geboten, ein cystisches oder entartetes Ovarium zu exstirpiren, statt zu reponiren.

XI. Fall.

Weinlechner**) beobachtete im Rudolf-Spital in Wien folgenden Fall:

Caroline L. hatte sich vor 1½ Jahren durch Fallen über eine Treppenstiege einen Leistenbruch erworben, der nur schwer durch ein Bruchband zurückgehalten werden konnte. Vor 2 Monaten war er einmal ausgetreten und konnte erst nach 3 Tagen mit vieler Mühe reponirt werden. Dasselbe geschah am Tage ihrer Aufnahme.

*) St. Mary's Hosp. Strangulated hernie of right owary in femoral region, the Britisch med. journ. Dezember 1871.

**) Wiener med. Wochenschrift No. 46 Jahrg. 1877.

1½ Stunden später Erbrechen und gegen die Regio hypochondrica ausstrahlende heftige Schmerzen. Repositionsversuche blieben erfolglos.

Status: Patientin mässig kräftig; Bauch weich, nicht empfindlich. In der rechten Inguinalgegend eine über gänseeigrosse, ovale Geschwulst, der Richtung des Leistenkanals folgend bis in die grosse Schamlippe hinein. Geschwulst ist derb, elastisch, drüsig sich anfühlend, auf Druck empfindlich. Percussionsschall unten leer, oben leer tympanitisch. Die Geschwulst wird durch das Ligamentum Poupartii in eine obere grössere und untere kleinere Hälfte getheilt. Mit dem Zeigefinger kann man in die Bruchpforte eindringen.

Diagnose: Form und Consistenz der Geschwulst, sowie die Angabe der Patientin, dass sie stets während der Menses eine Vergrösserung der Geschwulst wahrgenommen, und dass sie seit 4 Tagen die Menses habe, endlich die Unvollkommenheiten der Incarcerationserscheinungen liessen die Diagnose mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Ovarialhernie stellen.

Operation. Es präsentirt sich als Bruchinhalt das Ovarium in Gestalt eines dunkelblau-rothen, derb elastischen, eiförmigen Tumors mit einem langen, über 2 cm breiten in die Bauchhöhle führenden Stiel. Reposition ist nicht möglich, ohne die Bruchpforte bedeutend zu erweitern, was Gefahr einer späteren Darmhernie hervorgerufen hätte. Es ist aber radicale Heilung bei der Stellung der Patientin sehr wünschenswerth; daher wird die Erstirpation vorgenommen nach doppelter Unterbindung des Stieles. Der der Necrose anheimgegebene Theil des Stiels wird aussen in der Wunde fixirt. Hautnath; Lister'scher Verband.

Nachbehandlung. Am 2. Tage nach der Operation klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib. Temperatur 39°. Verbandwechsel. Im untern Wundwinkel ist Wundsekret zurückgehalten. Entfernung der Näthe. Drainrohr wird eingelegt.

Am 3. Tage: Uebelkeit; Brechneigung; Bauch empfindlich. Verbandwechsel.

Der Stiel ist abgestossen.

Am 4. Tage: Verband mit Blut durchtränkt; Eisblase, Compression.

Täglich Blutung bis zum 9. Tage. An diesem Tage ist der Schall in der Regio hypogastrica leer; auf Druck entleert sich aus der Wunde eine Menge coagulirten Blutes. Die Blutung wurde

auf die andauernden Menses zurückgeführt. Beim Aufhören der Menses sistirten auch die Blutungen.

Am 19. Tage stiess sich aus der Wunde ein necrotischer Strang ab, der sich deutlich als Tube erkennen liess.

Alsdann war der Wundverlauf normal.

XII. Fall.

Balleray*) beobachtete eine 37jährige Dame, die nie geboren hatte. Sie hatte seit mehreren Jahren eine linksseitige Leistenhernie. Schon früher war dieselbe einmal eingeklemmt gewesen und durch Taxis reponirt worden. Jetzt war der Bruch, der gewöhnlich durch ein Bruchband zurückgehalten wurde, vor 4 Tagen wieder herausgetreten und hatte sich anscheinend eingeklemmt. Doch war 2 Tage darauf noch Stuhl eingetreten. Es bestand aber Uebelkeit, Erbrechen, Ohnmachtsgefühl, trockene Zunge, kleiner Puls von 120 Schlägen.

Operation: Im Bruchsack 4 Unzen braungelber Flüssigkeit und im untern Abschnitt das linke Ovarium, festgehalten durch ein quer durch den Bruchsack verlaufendes fibröses Band. Das Band wurde durchschnitten und das Ovarium reponirt. Heilung per primam. Patientin muss aber noch ein Bruchband tragen.

XIII. Fall.

Schenkel**) berichtet über einen sehr interessanten Fall.

Seit einer vor 6 Jahren stattgehabten Entbindung stellten sich bei seiner Patientin jedesmal 8 Tage vor Eintritt der Menses heftige 3—4 Stunden dauernde Schmerzensparoxysmen ein, die jedesmal völlig sistirten, wenn Patientin wieder schwanger wurde. Seit der letzten Entbindung trat nun bei der Menstruation in den Schmerzanfällen das Ovarium aus dem Leistenkanal zum Vorschein, trat dann nach der Cessation spontan zurück mit Nachlass der schmerzhaften Sensationen.

XIV. Fall.

Cundrat***) berichtet über eine Ovarialcyste im Nabelbruch. Bei einer Autopsie fand sich ein halbmannskopfgrosser Nabelbruch, der

*) Strangulated ovar. hernia. Amerik. journal. of med. scieuce. October 1899.

**) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 12. Jahrgang 1883.

***) Wiener med. Presse No. 20 Jahrg. 1886.

eine fest adhaerente Ovarialcyste enthielt. Cundrat giebt für den Befund folgende Erklärung: Früher hatte wahrscheinlich eine Verwachsung des Netzes mit den rechtsseitigen Uterusadnecis stattgefunden und kam es durch diese zur Abschnürung der Adnena, zum mindesten des Ovariums. Das Netz ist dann in den Bruchsack gerathen und hat daselbst das Ovarium eine cystöre Entartung erfahren. Die Bruchpforte war kaum handtellergross.

Diesen mir aus der Litteratur zugänglichen Fällen, stehen noch einige Statistiken, nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet, zur Seite.

Englisch*) stellte im Jahre 1870 alle in der Litteratur verzeichneten Fälle von reinen Ovarialhernien, d. h. solchen, welche nur Ovarien resp. Tube als Inhalt hatten, zusammen und ordnete sie nach den verschiedenen Bruchwegen. Von 38 derselben waren 27 durch den Leistenkanal; 9 durch den Schenkelkanal; 1 durch das Foramen obtur; 1 durch das Foramen ischiat. vorgetreten. 9 Ovarialhernien des Leistenkanals waren doppelseitig; 9 andere rechtsseitig; 5 linksseitig; bei 4 Fällen war die Seite nicht angegeben.

Von den 9 Schenkelhernien waren 4 rechtsseitig, 4 linksseitig und 1 unbestimmt. Die Inguinalhernien waren meist angeboren; die andern stets erworben.

Puech**) hat sich sehr eingehend mit der Statistik der Ovarialhernien befasst und ordnete sie nach der Aetiologie in angeborne und erworbene. Ihm sind im ganzen 88 Inguinal- und 16 Cruralhernien dieser Art bekannt. Unter den 88 Inguinalovarialhernien waren 54 Fälle sicher congenital, und darunter 27 doppelseitige. Die andern angebornen waren einseitig und zwar meist linksseitig. 34 Fälle von Inguinalhernien waren also erworben. Darunter war ein Fall doppelseitig, die andern einseitig, fast zur Hälfte links und rechts. Die 16 Fälle von Cruralhernien waren natürlich alle erworben.

Bei den angeborenen Ovarialhernien fand er auch noch sonstige Missbildungen der weiblichen Genitalien und zwar 14 mal Mangel der Uterus; 13 mal Pseudohermaphroditismus.

Langton***) stellte sehr eingehende Studien über Ovarial-

*) Oesterr. med. Jahrb. Heft 3. Jahrg. 1871.

**) Gaz. obst. de Paris Jahrg. 1875. — Ann. de gyn. Nov. 1878. — Ann. de gyn. XI. 1879.

***) St. Bartelem Hosp. Rep. XVIII. Jahrg. 1883.

hernien an und war so glücklich, allein 67 Fälle von Ovarialhernien zu beobachten, von denen 42 reine Ovarialhernien waren. Unter diesen waren 21 congenital und 21 acquisit, 23 reponibel und 19 irreponibel. In 25 Fällen fanden sich auch noch andere Eingeweide im Bruchsack vor. Hiervon waren noch 21 Fälle congenital und unter diesen gelang in 14 die Reposition. In den 11 übrigen waren die Ovarien irreponibel.

Ausserdem stellte Langton die Häufigkeit der beobachteten congenitalen Ovarialhernien im Vergleich zu den übrigen congenitalen Hernien fest. Von 1875—1883 waren in der London Truss Society 589 Fälle von congenitalen Leistenhernien bei weiblichen Personen beobachtet. Unter diesen waren 43 Ovarialhernien, die andern Darm- und Netzhernien. 16 Fälle waren rechtsseitig, 20 linksseitig, 7 beiderseitig. In 29 Fällen gelang die Reposition, in 14 nicht.

Die acquisiten Leisten- und Cruralhernien mit Adnexen der weiblichen Genitalien sind nach Langton viel seltener. Unter 3495 acquirirten Hernien waren nur 24 Ovarialhernien des Leistenkanals und nur 1 des Schenkelkanals.

Langton hat gegenüber anderen Beobachtern (cfr. Puech) niemals eine angeborne Missbildung der übrigen Genitalien bei congenitalen Ovarialhernien beobachten können.

Werfen wir nun einen Blick auf das vorliegende Material, so sehen wir daraus, in Bezug auf Aetiologie, dass sämmtliche congenitalen Ovarialhernien Inguinalhernien sind. Sie entstehen dadurch, dass sich, analog wie beim Mann, ein Processus vaginalis peritonei bildet, in den die Ovarien ebenso wie die Testikel hinabsteigen. Daher erklärt sich auch das häufige doppelseitige Auftreten. Vielleicht mögen auch allgemeine Missbildungen des Geschlechtsapparates und Ovaria aberrantia das Entstehen begünstigen.

Bei den acquisiten Ovarialhernien des Leistenkanals ist ein doppeltes aetiologisches Moment in Betracht zu ziehen.

Erstens muss der Inguinalkanal so beschaffen sein, dass er dem Eintritt des Ovarium keinen bedeutenden Widerstand entgegen stellt, sei es, dass schon ein Darm- oder Netzbruch besteht, sei es, dass ein offener oder wenig resistenter Processus vaginalis peritonei besteht, ohne bisher zum Bruch geführt zu haben.

Zweitens muss der weibliche Genitalapparat, sei es durch voraufgegangene Geburten, was wohl das häufigste ist, sei es durch

andere constitutionelle Krankeiten erschlafft sein, resp. die Adnexa desselben verlängerte Fixationsapparate haben.

Was das Vorkommen der Ovarialleistenhernien anbelangt, so bin ich mit Langton (s. ob.) und Madden *) der Ansicht, dass die congenitalen Ovarialhernien noch viel häufiger vorkommen, als es nach dem vorliegenden Material scheinen könnte. Dieselben bleiben nämlich oft unentdeckt, weil sie häufig gar keine, oder doch nur so geringfügige Symptome machen, dass kein Arzt zu Rathe gezogen wird. Alle oben angeführten Fälle kamen nur deshalb zur ärztlichen Beobachtung, weil das früher fast indolente Leiden anfing, grössere Beschwerden zu verursachen. Langton, der speziell darauf achtete, fand häufig in den Schamlippen von weiblichen Kindern und Erwachsenen runde, bewegliche Körper, die nicht die Erscheinungen der an diesen Stellen auch vorkommenden Cysten des Ligamentum rotundum boten, welche er für hervorgetretene Ovarien zu halten alle Ursache hatte. Er machte auch mehrmals die Probepunktion, die seine Diagnose bestätigte; und einmal wurde seine Vermuthung durch die Section bestätigt.

Die erworbenen Ovarialhernien des Leistenkanals kommen viel seltener vor und gelangen auch wegen ihrer meist intensiven Beschwerden fast immer zur ärztlichen Beobachtung.

Die Symptome der Ovarialhernien sind sehr wechselnd. Die angeborenen verlaufen in der Regel in der Jugend symptomlos, wenn nicht das Ovarium entartet. Nach der Pubertät sind sie zur Zeit der Menses recht häufig schmerzhaft und vergrössert. Die erworbenen Ovarialhernien sind meist recht lästig und verursachen oft ganz unerträgliche Beschwerden, die sich bis zu unvollständigen Incarcerationserscheinungen steigern können. Häufig treten auch in Folge von Traumen Entzündungen und Vereiterungen der herniösen Ovarien ein. Viele herniöse Ovarien sind reponibel (cf. Langton und Rizzoli) auch ein grosser Theil der angeborenen, was Schröder (Frauenkrankheiten Seite 461 und 462) leugnet; ein anderer Theil ist irreponibel.

Die Diagnose ist oft recht schwer zu stellen. Man muss vor allem auf den Zusammenhang mit dem Uterus und auf das Fehlen des Ovarium an seiner normalen Stelle achten. Charakteristisch ist oft das Verhalten bei den Menses und schliesst, wenn diese

*) Dubl. journ. of. med. scien. Jahrg. 1866.

Symptome vorhanden, jeden Irrthum der Diagnose aus. Dann kann die Form und Consisstenz der Geschwulst Anhaltspunkte geben, ferner der leere Percussionsschall, Symptome, die jedoch auch Drüsen, Cysten und Epiplocelen darbieten. Im übrigen glaube ich, dass man nicht leicht die Diagnose verfehlen wird, wenn man alle oben aufgezählten Punkte an einem vorliegenden Fall prüft.

Fast unüberwindliche Schwierigkeiten in der Diagnose bieten die Ovarialhernien, in denen neben Ovarium resp. Tube auch noch Darm im Bruchsak liegt. Sie sind zwar sehr selten, kommen aber doch vor, (cf. Langton und Rizzoli) entgegen der Ansicht von Schröder (Frauenkrankheiten pag. . 461), der es leugnet, dass in Ovarialhernien auch noch Darm eingeschlossen sein könne.

Die einzuschlagende Therapie richtet sich nach den verschiedensten Umständen und ist daher für den einzelnen Fall nicht festzusetzen. Im Allgemeinen werden jedoch folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen sein.

Ein cystische oder anderweitig entartetes herniöses Ovarium dient keiner physiologischen Funktion mehr und ist daher auf alle Fälle, auch wenn es keine augenblicklichen Gefahren bringt oder starke Beschwerden machen sollte, bei der geringen Gefahr der heutigen Operationsmethode einerseits und der Gefahr, dass diese sehr leicht bösartige Tumoren werden anderseits, zu exstirpiren.

Normale oder leicht entzündliche herniöse Ovarien sind zu exstirpiren, wenn die dadurch verursachten Beschwerden derartig sind, dass die Patienten in dem Lebensgenuss oder ihrer Berufsthätigkeit arg gestört sind und wenn Reposition auf keiner Weise, auch nicht nach Herniotomie gelingt.

Bei der Frage der Exstirpation oder der Erhaltung ist das Alter der Patientin und der Zustand des andern Ovarium in Bezug auf Fortpflanzungsfähigkeit stets zu berücksichtigen.

Ist die Erhaltung des Ovarium dringend zu wünschen, ist aber keine Reposition möglich, so kann man die Beschwerden lindern durch übergelegte Hohlpelotten, um es vor Insulten zu schützen, und durch Antiphlogose bei entzündlichen Zuständen.

Weit seltener sind die übrigen Ovarialhernien. Sie sind nie angeboren, sondern stets erworben. Daher sind sie auch fast immer nur einseitig. Jedoch beobachtete Otto*) eine doppelseitige

*) Virchow-Hirsch Jahresbericht Jahrg. 1888.

Hernia cruralis ovarialis, die zu gleicher Zeit incarcerirt waren, zur Operation kamen und geheilt wurden. Ihre Symptome, Diagnose und Therapie sind dieselben, wie bei den Inguinalhernien.

Einen ähnlichen Fall, wie der 2. hier in Kiel beobachtete, wo nur die Tube Inhalt eines Bruchsackes war, der ausserdem noch durch eine Bruchsackcyste complicirt war, habe ich in der Litteratur nicht auffinden können.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrath v. Esmarch und Privatdocenten Dr. Bier wegen Ueberlassung vorstehender Arbeit und wegen der freundlichen Beihülfe meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren wurde ich, Bernhard Wigger, kathol. Confession, zu Telgte i./W. am 22. März 1862 als Sohn der Eheleute C. Wigger und E. Schulze-Rieping. Den ersten Unterricht genoss ich in der Elementarschule zu Telgte; betrieb dann 3 Jahre Landwirthschaft auf dem väterlichen Gute. Von 1879—1882 besuchte ich sodann die Rectoratschule zu Telgte und von 1882—1886 das Gymnasium zu Münster, welches ich mit dem Abiturientenzeugniss verliess. Dann widmete ich mich dem Studium der Medicin und besuchte in den beiden ersten Semestern die Universität München, in den beiden folgenden die Universität Marburg, wo ich am Ende des 4. Semesters das Tentamen physikum bestand. Im 5. Semester studirte ich in Kiel, im 6. in Berlin, im 7., 8., 9. wieder in Kiel. Am 21. Januar 1891 bestand ich das Staatsexamen, am 24. das Rigorosum.

Thesen.

1. Bei Tuberculose der Schädelhöhle, der Pleura und des Peritoneums ist die Injection der Koch'schen Lymphe zu unterlassen.

2. Bei jeder Injection der Koch'schen Lymphe ist die Dosis nur so hoch zu nehmen, dass ein mässiges Fieber entsteht.

Gaylord
PAMPHLET BINDER
Syracuse, N. Y.
Stockton, Calif.

COLUMBIA UNIVERSITY LIBRARIES (hsl,stx)
RD 621 W63 1891 C.1
Ueber hernien mit besonderem inhalt
2002108488